

**Trabalho 61****EPICONDILITE LATERAL RELACIONADA AO TRABALHO:
ARTIGO DE REVISÃO****Lucio Marcelo Salvarani Junior, Esp.; Ligia Persici Rodrigues Salvarani,
Esp., Clóvis Carneiro Neto, Esp., Paulo Gilberto Nitz, Esp.**

Agência da Previdência Social Arapongas
Rua Harpia, s/nº, Centro
CEP: 86.701-260, Arapongas-PR
E-mail: lucio.salvarani@inss.gov.br

1. INTRODUÇÃO

A Epicondilite Lateral (EL) é a afecção do cotovelo mais comumente encontrada nos consultórios de Ortopedia, podendo ser causada por trauma ou esforço repetitivo. Atribui-se a Major a associação, em 1883, entre a EL e o jogo de tênis, ficando conhecida desde então como cotovelo de tenista (COHEN, 2012).

Apesar da descrição clássica relacionada à prática esportiva do tênis, apenas 5 a 10% dos pacientes que apresentam a EL praticam este esporte. Sendo assim, a tendinose do cotovelo é mais comum em não atletas, principalmente na quarta e quinta décadas de vida, com acometimento semelhante em ambos os sexos e com mais frequência no braço dominante. Além dos tenistas, pode ocorrer em outros esportes e também está relacionada a atividades laborativas variadas (COHEN, 2012).

A EL ocorre inicialmente por microlesões na origem da musculatura extensora do antebraço, sendo mais frequente o acometimento do tendão extensor radial curto do carpo (ERCC). São reconhecidos quatro estágios as lesões secundárias ao microtrauma tendinoso na epicondilite lateral. O primeiro estágio é inflamatório, reversível e sem alteração patológica. O segundo estágio é caracterizado pela degeneração angiofibroblástica. Já o terceiro é caracterizado pela tendinose associada à alteração estrutural (ruptura tendinosa). No quarto estágio, além das alterações deste último, encontra-se a presença de fibrose e calcificação (COHEN, 2012).

O presente estudo tem por finalidade discutir com os participantes do XV Congresso Nacional da ANAMT os impactos econômico e social causados pela EL em função do afastamento do trabalho e do conseqüente período de tempo estimado para a total recuperação da capacidade funcional.

Como metodologia foi realizada revisão bibliográfica do assunto, privilegiando os dados mais atuais e de maior relevância à saúde ocupacional.



Trabalho 61

2. ASPECTOS OCUPACIONAIS

No decorrer dos últimos 130 anos, a EL tem sido descrita em relação a muitas atividades ocupacionais, especialmente àquelas que exijam movimentos repetitivos de extensão, desvio radial do punho, supinação de antebraço, esforço estático e preensão prolongada de objetos, principalmente com punho estabilizado em extensão e supinação repetidas, e compressão mecânica de cotovelo¹.

Nos casos em que o nexó com a atividade profissional estiver bem caracterizado, deve-se proceder ao enquadramento como doença relacionada ao trabalho do Grupo II da Classificação de Schilling. As populações de trabalhadores mais suscetíveis de acometimento pela EL ocupacional são os cortadores de carne, empacotadores, enchedores de lingüiça e trabalhadores de manufatura¹.

Conforme publicado no Anuário Estatístico da Previdência Social de 2011, durante o ano de 2010 foram concedidos 5147 auxílios-doenças acidentários para o código M77 da Classificação Internacional de Doenças (CID) em nosso país².

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é eminentemente clínico, baseado na anamnese, exame físico e na análise do posto de trabalho. A queixa principal é a dor na região do epicôndilo lateral estendendo-se ao dorso do antebraço e a incapacidade para a prática esportiva, atividades laborativas e da vida diária. Em geral, a dor surge com atividades que envolvem extensão ativa ou flexão passiva do punho com o cotovelo em extensão (COHEN, 2012).

A palpação inicia-se pela identificação dos epicôndilos lateral, medial e ponta do olécrano. Na face lateral palpa-se a origem da musculatura extensora do punho e dedos, complexo ligamentar lateral e cabeça do rádio. A dor localizada no epicôndilo lateral e na origem da musculatura extensora do punho é sugestiva de epicondilite lateral ou síndrome do túnel radial. O exame deverá continuar com a palpação da cabeça do rádio em uma depressão logo abaixo da musculatura extensora do punho. Esta será realizada durante a pronosupinação, em graus variáveis de flexoextensão, avaliando-se seu contorno e integridade. O teste clínico específico para a epicondilite lateral tem o objetivo de reproduzir a dor experimentada pelo paciente. O teste conhecido como de Cozen é realizado com o cotovelo em 90° de flexão e com o antebraço em pronação. Pede-se ao paciente que realize a extensão ativa do punho contra a resistência que será imposta pelo examinador. O teste será positivo quando o paciente referir dor no epicôndilo lateral, origem da musculatura extensora do punho e dedos (COHEN, 2012).

A propedêutica pode ser complementada por radiografias simples para excluir outras anormalidades osteoarticulares, ou por ultrassonografia, com as devidas ressalvas de seu caráter examinador-dependente. Em casos de insucesso da



Trabalho 61

terapêutica conservadora, a investigação por ressonância magnética poderá ser considerada (COHEN, 2012).

A avaliação radiográfica em anteroposterior, perfil e oblíquas é, na maioria das vezes, normal, sendo principalmente útil para a exclusão de outras anormalidades tais como artrose, osteocondrite dissecante e corpos livres intra-articulares. A presença de calcificações na topografia do epicôndilo lateral não é frequente, ocorrendo em aproximadamente 22% dos casos (COHEN, 2012).

A ressonância magnética é um exame cada vez mais utilizado nos casos refratários ao tratamento incruento da epicondilite, pois auxilia na exclusão de outras patologias e também pode influenciar na técnica cirúrgica a ser empregada para o tratamento dessa tendinose. Os achados incluem aumento de sinal em T2 na origem do ERCC junto ao epicôndilo lateral, aumento de sinal difuso na origem dos extensores, fratura osteocondral do capitulo e presença de um gânglio junto ao nervo radial (COHEN, 2012).

Existem afecções que podem ocorrer independentemente ou associadas à tendinose do cotovelo. Entre os diagnósticos diferenciais, podemos destacar a síndrome do túnel radial caracterizada pela compressão do nervo interósseo posterior, sendo o diagnóstico essencialmente clínico, visto que a eletroneuromiografia é frequentemente normal, ou, ainda, cervicobraquialgia, lesão do manguito rotador e anormalidades articulares tais como sinovite, corpos livres intra-articulares, osteoartrose pós-traumática e lesão ligamentar (COHEN, 2012).

4. TRATAMENTO

O trabalhador queixa-se basicamente de dor. Portanto, o controle da dor será o objetivo principal do tratamento inicial através do repouso relativo, que pode ser definido não como a abstenção da atividade, mas sim como controle do excesso. A utilização de imobilização gessada não é efetiva, uma vez que normalmente a dor reaparece quando as atividades são retomadas. A imobilização do punho tem também pouco valor, a não ser na fase inicial, inflamatória e reversível. As atividades laborativas, tais como carpintaria e outras atividades que utilizam a mão com frequência, como digitadores, também estão relacionadas à epicondilite. A alteração da atividade laborativa é efetiva no controle da dor. O uso de anti-inflamatórios não hormonais, crioterapia, ultrassom e laser são adjuvantes para obter analgesia (COHEN, 2012).

A infiltração com corticosteroide pode ser indicada nos casos em que, apesar do tratamento fisioterápico instituído, não há melhora da dor, impossibilitando, desta forma, que o paciente inicie os exercícios de reabilitação. A infiltração deve ser realizada no ERCC, em um ponto logo anterior e discretamente distal ao epicôndilo lateral. A realização de mais de duas infiltrações pode ser danosa devido aos efeitos adversos relacionados às infiltrações peritendíneas com corticosteroide como necrose, atrofia tecidual e consequente ruptura tendínea (COHEN, 2012).



Trabalho 61

Independentemente do tratamento instituído, uma vez que se tenha conseguido o controle da dor, o trabalhador iniciará o alongamento e o ganho da amplitude articular do punho e cotovelo, seguido de exercícios isométricos e isocinéticos. Não existindo dor, inicia-se o processo de reforço muscular. O paciente realizará exercícios e estará autorizado a retornar à atividade laborativa quando for capaz de realizar exercícios de repetição até o cansaço, sem que ocorra dor e exista força muscular comparável aos níveis que precederam a EL (COHEN, 2012).

São elegíveis para o tratamento cirúrgico aqueles trabalhadores que foram submetidos a uma reabilitação apropriada, por um período não inferior a nove meses, sem que tenha ocorrido resolução da queixa de dor e que persistam com franca limitação na realização das atividades laborativas e da vida diária (COHEN, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tratar-se de entidade nosológica de relevante prevalência no âmbito ocupacional, recomendam-se ações preventivas continuadas que devem incluir, entre outras medidas, avaliação e monitoramento das condições e dos ambientes laborais por intermédio de minuciosas análises da organização do trabalho, a fim de proporcionar cuidado integral à saúde dos obreiros.

6. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001. 580 p.
2. Anuário Estatístico da Previdência Social AEPS 2011. Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Brasília, 2011. 889 p.
3. Cohen M, Motta Filho GR. Epicondilite lateral do cotovelo – artigo de atualização. Rev Bras Ortop. 2012; 47(4):414-20.